



# OCEAN STATE CENTER FOR INDEPENDENT LIVING

1944 Warwick Ave, Warwick, RI 02889 ~ 175 Main St, Pawtucket, RI 02860

Phone: 401-738-1013 ~ VP: 244-7792 ~ Website: oscil.org

## PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS PARA BENEFICIARIOS DE OSCIL

Se recomienda que cualquier beneficiario de Ocean State Center for Independent Living (OSCIL) que desee presentar una queja haga lo siguiente:

1. Analizar la queja con el coordinador de vida independiente.
2. Si la queja no se resolvió, el beneficiario debe reunirse con el director del programa.
3. Si la situación no se rectifica, el beneficiario podrá discutir el problema con el director ejecutivo.
4. Si el beneficiario sigue insatisfecho con la respuesta, el director ejecutivo organizará una reunión para todas las partes involucradas en el problema y registrará la discusión. Todas las partes deberán firmar el documento de minutas de la reunión.
5. Si después de la reunión el beneficiario sigue insatisfecho con los resultados o las decisiones, podrá acudir al Client Assistance Program (CAP, Programa de asistencia al cliente).

**Nota 1:** Los beneficiarios tienen la libertad de acudir al CAP directamente, en CUALQUIER momento.

**Nota 2:** Consulte el documento de derechos del beneficiario de OSCIL que explica el proceso de apelación en el CAP. Si extravió su copia, se le proporcionará una cuando la solicite.

OSCIL.org

Documentos de conformidad



Revisado el 12/2022



# OCEAN STATE CENTER FOR INDEPENDENT LIVING

1944 Warwick Ave, Warwick, RI 02889 ~ 175 Main St, Pawtucket, RI 02860

Phone: 401-738-1013 ~ VP: 244-7792 ~ Website: oscil.org

## Confidencialidad del expediente del beneficiario

**OCEAN STATE CENTER FOR INDEPENDENT LIVING CUMPLE CON EL TÍTULO 34, SECCIÓN 366.42 (b) DEL CÓDIGO DE REGULACIONES FEDERALES (CFR), QUE ESTABLECE LO SIGUIENTE:**

**“EL USO DE INFORMACIÓN Y DATOS RELATIVOS A INDIVIDUOS DEBE ESTAR LIMITADO SOLO A FINES RELACIONADOS CON LA AGENCIA DIRECTAMENTE, INCLUIDAS LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN; ASIMISMO, ESA INFORMACIÓN PERSONAL NO PUEDE DIVULGARSE, DE FORMA DIRECTA NI INDIRECTA, SIN EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL INDIVIDUO DE LA AGENCIA”.**

**HE LEÍDO Y ENTENDIDO QUE LA INFORMACIÓN DE MI EXPEDIENTE SE TRATARÁ DE UNA MANERA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.**

**TAMBIÉN ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN NO SERÁ DIVULGADA A OTRAS AGENCIAS O PERSONAS SIN MI AVISO Y CONSENTIMIENTO.**

OSCIL.org

Documentos de conformidad



Revisado el 12/2022



# OCEAN STATE CENTER FOR INDEPENDENT LIVING

1944 Warwick Ave, Warwick, RI 02889 ~ 175 Main St, Pawtucket, RI 02860

Phone: 401-738-1013 ~ VP: 244-7792 ~ Website: oscil.org

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO BENEFICIARIO DE OSCIL



**Cualquier beneficiario de OSCIL que considere que se han vulnerado sus derechos tiene el derecho a apelar las siguientes decisiones:**

1. Su derecho a recibir servicios.
2. Prestación de servicios.

**A continuación, se enumeran sus derechos como beneficiario de OSCIL:**

1. Derecho a una evaluación justa y completa para determinar la elegibilidad.
2. Derecho a saber por qué no puede recibir los servicios.
3. Derecho a un proceso de apelación.
4. Derecho a la confidencialidad de la información del expediente.
5. Derecho a participar en el planteamiento de objetivos y servicios.
6. Derecho a la participación continua de un coordinador de vida independiente durante toda la rehabilitación.
7. Usted (o su representante) tiene el derecho a ver su expediente en CUALQUIER momento.
8. Si no entiende alguna información de su expediente, pídale a coordinador de vida independiente que le explique.
9. Tiene el derecho de solicitar los documentos en otros formatos y diferentes métodos de comunicación.

**Sus responsabilidades como beneficiario son las siguientes:**

1. Responsabilidad de participar y seguir los planes que haya acordado con su coordinador de vida independiente.
2. Responsabilidad de mantener el contacto con su coordinador de vida independiente.
3. Responsabilidad de llegar a tiempo a las citas con su coordinador de vida independiente y cancelarlas si no puede asistir.
4. Responsabilidad de entender todos los formularios antes de firmarlos.
5. Responsabilidad de trabajar con su coordinador de vida independiente para desarrollar un Independent Living Plan (Plan de vida independiente) por escrito.

**La información anterior sobre los derechos y responsabilidades del beneficiario se obtuvo del folleto del Rhode Island Client Assistance Program (Programa de asistencia al cliente de Rhode Island) y se modificó para reflejar las políticas de OSCIL.**

## PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE DE SERVICIOS DE EMPLEO Y VIDA INDEPENDIENTE (CAP)

- 21 DE JUNIO DE 2022
- [PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE](#)

Disability Rights Rhode Island (DRRI) es parte de la red nacional de agencias de Protección y Defensa (P&A) creada por el Congreso, existente en todos los estados y territorios, para ayudar a asegurar y promover los derechos de las personas con discapacidades. Hay 57 P&A en los Estados Unidos, los territorios de los EE. UU. y el Distrito de Columbia.

El Programa de Asistencia al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés) de DRRI proporciona representación legal individual y defensa, información y servicios de referencia, extensión y educación a personas con discapacidades que solicitan o reciben servicios de rehabilitación vocacional estatal, vida independiente y servicios para ciegos y discapacitados visuales. También abogamos por los derechos laborales (Título I de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades) de los clientes de rehabilitación vocacional.

Servicios de rehabilitación vocacional: si desea obtener servicios o tiene inquietudes sobre sus servicios existentes en la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS), Servicios para Ciegos y Discapacitados Visuales (SBVI) o Rehabilitación Vocacional Tribal (VR Tribal), CAP puede proporcionar información sobre los servicios de rehabilitación vocacional (VR) y ayudar si usted:

- Tiene problemas para solicitar los servicios de VR
- Se le han denegado los servicios de VR
- No está de acuerdo con su categoría de Orden de selección
- Está en una lista de espera para recibir servicios
- Tiene inquietudes sobre su consejero de rehabilitación
- No está satisfecho con los servicios de VR que está recibiendo
- No está de acuerdo con la decisión de cerrar su caso
- Necesita servicios posteriores al empleo
- Es un estudiante de 14 a 21 años y tiene preguntas sobre los servicios de transición previa al empleo o “PRE-ETS”
- Tiene otros problemas con los servicios de VR

Discriminación laboral: si cree que ha sido discriminado por su empleador, CAP puede:

- Brindarle información sobre sus derechos bajo el Título I de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades
- Brindarle información sobre cómo solicitar una adaptación razonable
- Brindarle información sobre cómo y donde se puede presentar una denuncia

Servicios de Vida Independiente: Si necesita ayuda con información sobre los servicios de vida independiente en el Ocean State Center for Independent Living (OSCIL), CAP puede ayudar. Los servicios para la vida independiente incluyen:

- Capacitación en habilidades para la vida independiente
- Consejería entre pares
- Servicios que lo ayudan a mudarse de una institución a un hogar en la comunidad
- Servicios para ayudarlo a permanecer en su hogar en lugar de mudarse a una institución
- Información sobre tecnología de asistencia ( AT) y servicios de AT que pueden ayudarlo a vivir de manera independiente

Debe comunicarse con DRRI si:

- Desea más información sobre los servicios de ORS
- Ha solicitado los servicios de ORS y se los negaron
- No está satisfecho con los servicios de ORS que está recibiendo
- Tiene preguntas sobre las políticas, los procedimientos o los programas de ORS.
- Necesita información sobre los derechos laborales según el Título I de la ADA
- Necesita información para solicitar una adaptación razonable en el trabajo
- Se le negaron los servicios del Ocean State Center for Independent Living (OSCIL)
- No está satisfecho con los servicios que recibe de OSCIL
- Quiere permanecer en su propia casa y necesita servicios de IL
- Quiere ayuda para pasar de una institución a la comunidad
- Le gustaría obtener información sobre tecnología de asistencia o servicios de AT
- Necesita otra ayuda o información sobre ORS, SBVI, Tribal VR u OSCIL



# Registro de Emergencia de Necesidades Especiales en Rhode Island

Para personas con impedimentos, condiciones crónicas y necesidades especiales de cuidado de la salud en Rhode Island

El Departamento de Salud (RIDOH) y la Agencia del Manejo de Emergencias en Rhode Island (RIEMA, por sus siglas en inglés) mantienen un registro para los residentes de Rhode Island que tienen un impedimento o condición crónica y/o necesidades especiales del cuidado de la salud, quienes viven en su casa o en hogares comunitarios. Los asilos para ancianos y lugares con asistencia, ya tienen personal asignado para asistir a las personas o agencias que responden a emergencias. Al inscribirse en éste registro, usted permitirá que el Departamento de Salud y RIEMA, compartan su información con agencias estatales y locales encargadas de responder a emergencias tales como, el departamento de policía y/o de bomberos en su pueblo/ ciudad. La información que usted provea le podría ayudar a dichas agencias a cubrir sus necesidades durante una emergencia. Esto no garantiza que usted reciba asistencia.

**Instrucciones:** Para ser incluido en el registro, por favor llene el formulario, fírmelo y envíelo a:

**RIDOH - RISNER, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908** O regístrese en el internet en [www.health.ri.gov/emregistry](http://www.health.ri.gov/emregistry) (inglés solamente)

Si tiene preguntas, por favor llame al (401) 222-5960 o Relay 711 (TTY). Si no puede llenar éste formulario usted mismo, por favor pídale a un familiar, persona que le cuida o cualquier otro representante que se lo llene y lo envíe.

**INFORMACIÓN GENERAL** Las secciones marcadas con un asterisco (\*) son requeridas. Por favor escriba claro.

Nombre\*: \_\_\_\_\_  
 Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Género\*:  M  F Fecha de Nacimiento\*: \_\_\_\_\_  
 (MM/DD/YYYY)

**DIRECCIÓN DONDE VIVE**

Nombre y número de la calle\*: \_\_\_\_\_ Apartamento unidad/piso: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Pueblo\*: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO RECONOCIDA POR EL SERVICIO POSTAL DE USA (si es diferente de la dirección anterior)**

Nombre y número de la calle: \_\_\_\_\_ Apartamento unidad/piso: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO (\* Número de teléfono es requerido)**

Número de teléfono: ( ) - Número solo mensaje de texto: ( ) -  
 Número de Celular: ( ) - Número de video teléfono: ( ) -  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ TTY: ( ) -

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: ( ) - Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN DE VIVIENDA**

Yo vivo en Rhode Island (marque todas las que le correspondan):

- Temporalmente desde: \_\_\_\_\_ (mes) a: \_\_\_\_\_ (mes)
- Todo el año
- Mi tiempo es dividido entre varias direcciones en Rhode Island

Yo vivo en (seleccione que clase de vivienda):

- Casa de una sola familia
- Apartamento \_\_\_\_\_ piso
- Condominio /dúplex/casa unifamiliar (townhouse)
- Casa móvil
- Otro: \_\_\_\_\_

Yo vivo (marque todas las que le correspondan):

- Solo/a
- Con familiares/amigos
- Con alguien que me cuida
- En un hogar de cuidados operado por \_\_\_\_\_
- En un hogar independiente para personas de la tercera edad
- Con otras personas que están incapacitadas
- Otro: \_\_\_\_\_

**IDIOMA**

Yo prefiero comunicarme en (seleccione uno):

- Inglés
- Lenguaje Mudo Americano
- Español
- Portugués
- Francés
- Otro: \_\_\_\_\_

**ETNIA**

¿Se considera usted Hispano/a o Latino/a?  Si  No

**RAZA (Seleccione una):**

- Blanca
- Afro-Americano/Negro
- Asiático
- Nativo de Hawái/Islands del Pacifico
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Otro: \_\_\_\_\_

**SISTEMAS DE VIDA ARTIFICIAL (Marque todas las que le correspondan)**

- Tanques de oxígeno
  - Yo tengo tanques de repuesto
- Concentrador de oxígeno
  - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Respirador/ventilador
  - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Traqueotomía
- Línea intravenosa
- Catéteres/sondas urinarios
- Colostomía/ileostomía
- Tubo de alimentación
- Succión
  - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Diálisis en una clínica
- Diálisis en casa
  - Yo tengo batería o generador de repuesto para esto
- Marcapasos
- Desfibrilador
- Otros aparatos eléctricos necesarios: \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores

**DISCAPACIDAD SENSORIAL (Marque todos los que le correspondan)**

- Dificultad para escuchar
- Uso de aparatos para escuchar
- Sordo/a
- Uso de implantes auditivos (cochlear implant)
- Ninguno de los anteriores
- Impedimentos para ver
- Legalmente ciego/a

**COGNITIVO/PSIQUIÁTRICO/ NEUROLÓGICO/MUSCULAR (Marque todos los que le correspondan)**

- Convulsiones
- Impedimento para hablar
- No se comunica verbalmente
- Retraso Cognitivo / desarrollo mental
- Autismo
- Alzheimer's/demencia
- Parkinson's
- Parálisis Cerebral
- Esclerosis Múltiple
- Ninguno de los anteriores
- Depresión
- Ansiedad
- Desorden Bipolar
- Esquizofrenia
- Desorden del estrés después de un trauma (PTSD, por sus siglas en inglés)
- Desorden de obsesión compulsiva (OCD)
- Otro: \_\_\_\_\_

**MOBILIDAD (marque todos los que le correspondan)**

- Uso silla de ruedas/otro vehículo para movilizarse
  - Silla de ruedas eléctrica/ vehículo para movilizarse eléctrico
    - Tengo batería o generador de repuesto para esto
- Uso caminador / bastón
- Uso muletas
- Uso prótesis (especifique que prótesis): \_\_\_\_\_
- Postrado/a en cama
  - La cama es eléctrica
    - Tengo batería o generador de repuesto para esto
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores

**TRANSPORTACIÓN (Marque todos los que le correspondan)**

Cuando salgo de casa, lo que uso más frecuente es: (un/a):

- Vehículo personal
- Taxi/ servicio de carro
- Bus/transporte público
- RIDE
- Silla de ruedas van/bus
- Ambulancia
- Bicicleta
- Otro: \_\_\_\_\_

Si necesito desalojar, yo estaría acompañado/a por:

- Nadie
- Persona que me cuida
- Familiar/amigo/a
- Otro: \_\_\_\_\_

**ASISTENCIA REQUERIDA (Marque todos los que le correspondan)**

En un día normal, yo necesito asistencia para:

- Alimentarme
- Tomar mis medicinas
- Comunicarme con otros
  - Asistencia tecnológica – yo uso: \_\_\_\_\_
- Transportarme
- Usar el inodoro
- Vestirme/ desvestirme
- Bañarme /arreglarme
- Movilizarme de/a:
  - Cama
  - Silla de ruedas
  - Inodoro
  - Ducha/bañera

Otra asistencia:

- Uso un servicio de guía animal
- Necesito supervisión
- Recibo tratamiento(s) médico(s) de parte de una enfermera/medico, en mi casa
- Recibo tratamiento(s) medico(s) en un sitio del cuidado de la salud, al menos una vez a la semana.
- Otro: \_\_\_\_\_
- Ninguna de las anteriores

**OTRAS CONDICIONES O INCAPACIDADES**

- Diabetes
  - Uso insulina
- Peso entre 300 y 549 libras
- Peso entre 550 y 799 libras
- Peso entre 800 libras o más

Por favor escriba cualquier otra condición o incapacidad relevante:

---



---



---

**NOTA:** Al firmar éste formulario, yo estoy de acuerdo en permitir que mi información sea compartida con personas/agencias locales y estatales, que responden a emergencias. Yo entiendo que éste es un programa voluntario y RIDOH/RIEMA no pueden garantizar la asistencia en todos los casos, aunque compartan ésta información para asistirme mejor en una emergencia.

Firma: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted está llenando éste formulario en representación de otra persona, por favor escriba su nombre y su parentesco con dicha persona: \_\_\_\_\_